健康保険 [□ 被保険者 / □ 家　族] [□ 鍼・灸 / □ あんま・マッサージ]

療養費支給申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日　　年　　月　　日　　※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被保険者記入欄							
被保険者等記号・番号	記号　　番号 －		被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			
事業所			所　属	(内線 ・ 外線　　)			
対象者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		続柄	
傷病名			発病または負傷した日	年　　月　　日（頃）			
傷病の原因および経過			施術期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで	内　　日間		
施術を受けた施術所	住所		施術に要した費用	円			
	名称		第三者行為による負傷で	ある　・　ない			
委　任　状 ※任意継続者、退職者は記入不要です	工機ホールディングス健康保険組合　理事長　殿 本請求に基づく給付金の受領を　　殿に委任します。 年　　月　　日 被保険者　住所 氏名						

添付書類	
	□ 領収証の原本
	□ 医師の同意書の原本（再同意書の場合は**施術報告書の写し**も添付）
	※同意書は証明日から6ヶ月間有効です。長期間施術を受ける場合は6ヶ月毎にご提出願います。
	□ 施術内容証明書（※施術所が発行した鍼灸・あんま療養費支給申請書等）

【任意継続者・退職者（資格喪失者）記入欄】※振込口座はご本人の口座に限ります。一部のネットバンクには対応できません。

振込先	銀行 信金 信組 労金 農協	店 支店 出張所	口座番号		預金種別	普通　・　当座
			ﾌﾘｶﾞﾅ			
			口座名義			
			電話番号			

健保記入欄									
資格取得日		支給額	円	内訳	療養費	円			
資格喪失日					第二家族療養費	円			
備考						出納印		受付印	

K0120(R06.12)